# 亲密伴侣暴力的识别与处理技巧

10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0534

赵梓翔[1] 肖婧[1] 丰艳[1] 姜岳[2*]

1. 100015 北京市，和睦家医疗全科实践与教育中心 北京和睦家医院
2. 100015 北京市，清华大学第一附属医院全科医学科
*通信作者：姜岳，主任，主任医师，E-mail: redtealook9@sina.com

**【摘要】**亲密伴侣暴力 IPV（Intimate partner violence）是最常见的一种家庭暴力，不仅危害受害人的身心健康和生命安全，还会导致婚姻家庭以及子女成长的不幸。中国目前尚没有官方指南指导 IPV 的诊疗。本文对 IPV 的识别和处理进行了证据总结综述，并讨论了如何将这些证据应用于中国。
**【关键词】**亲密伴侣暴力，家庭暴力，亲密伴侣暴力筛查量表，全科

## Recognizing and Management Skills of Intimate Partner Violence

**【Abstract】**IPV (Intimate partner violence) is the most common kind of domestic violence, which not only harms the physical and mental health and life safety of the victim but also leads to the misfortune of marriage, family, and children's development. There are no official guidelines for the diagnosis and treatment of IPV in China. This paper summarizes the evidence on IPV recognition and management and attempts to discuss how this evidence can be applied to China.
**【Key words】**Intimate Partner Violence, Domestic Violence, IPV screening tool, Family Medicine

家庭暴力是指在家庭关系中发生的一切暴力行为。2016 年颁布的中华人民共和国反家庭暴力法定义其为家庭成员之间以殴打、捆绑、残害、限制人身自由以及经常性谩骂、恐吓等方式实施的身体、精神等侵害行为[1]。亲密伴侣暴力 IPV（Intimate partner violence）属于家庭暴力的一种，世界卫生组织将其定义为亲密伴侣的行为导致身体、性或心理伤害，包括身体侵犯、强迫性行为、心理虐待和控制行为。虐待关系通常以言语虐待和情感虐待开始，部分可进展至躯体虐待和性虐待。尽管 IPV 可发生于任何性取向的亲密关系之间，但大多数为男性对女性施暴[2]。

## 1 流行病学

IPV 是最常见的家庭暴力，广泛存在于各种社会经济、宗教和文化群体之间。2018 年世界卫生组织对 161 个国家和地区 2000-2018 年的流行数据分析，发现全球约 30%的妇女遭受过亲密伴侣的身体侵犯和/或性暴力[3]。终生 IPV 发病率在西太平洋区域约为 20%，欧洲约为 22%，美洲约为 25%，非洲约为 33%。2014 年美国疾控中心统计显示，在美国约 35%女性一生中曾遭受过 IPV，约 10%曾被亲密伴侣强奸[4]。2013 年联合国人口基金会在中国的抽样问卷调查显示，约 39%的妇女曾遭受过 IPV，约 10%曾被亲密伴侣强奸[5]。全国妇联于 2020 年 11 月发布的数据显示，在中国平均每 7.4 秒就有一位妇女遭受丈夫殴打，每年有 15.7 万妇女自杀，其中 60%的原因为 IPV。自 2019 年底 COVID 爆发以来，经济压力增大、社交模式转变以及传统保护网被隔离措施瓦解更是加大了妇女遭受 IPV 的风险[6]。

## 2 临床表现

尽管绝大多数患者不会以 IPV 为主诉就诊，但其在全科门诊却并不罕见。在美国全科门诊患者中，约

有 38%的女性曾遭受过 IPV[7]。如何在各种非特异的症状和体征中快速识别出可能的 IPV 是临床医生工作的重点和难点。尽管医生在考虑 IPV 时常会想到外伤，但病人更有可能因 IPV 的各种后遗症而就诊[8]。下文列举了常见的 IPV 相关症状。

**2.1 慢性疼痛** 头疼，颈痛，背痛，腹痛等多种慢性疼痛都与 IPV 相关[9]。在加拿大，35% IPV 患者会出现严重的慢性失能性疼痛，且疼痛位置平均超过 3 处[10]。因为慢性疼痛，IPV 患者更易出现与年龄不匹配的活动受限[11]。

**2.2 消化系统疾病** 很多胃肠道疾病，包括但不限于消化道溃疡、肠易激综合征、胃食管反流病、慢性便秘、慢性腹泻等都和心理社会因素相关。持续的压力可能是 IPV 患者消化系统疾病增多的原因[12]。IPV 患者会更频繁就诊于消化科，更频繁做影像学或侵入性检查，甚至更有可能接受腹部手术治疗[13]。

**2.3 性传播疾病** 性传播疾病和 IPV 有显著的相关性[9]。据旧金山的性病门诊统计，11%的患者在过去一年曾遭受过 IPV，24%的患者曾至少遭受过一次 IPV。IPV 患者的性传播疾病发病率会增加一倍，其原因可能与 IPV 患者更易被胁迫发生非保护性行为相关。根据美国流行病学数据，推测出 IPV 患者更易感染 HIV，其 OR 值为 3.4[14]。不过，此类观察性研究不能证实性传播疾病与 IPV 的因果关系。另外，考虑到观察性文章的偏倚和混杂因素，小于 4 的 OR 很难证实该显著性。

**2.4 酒精和药物滥用** 各种成瘾性物质和 IPV 有显著相关性[15]。在美国，IPV 患者被诊断为药物滥用的概率增加了 5 倍[16]。酒精和药物滥用也是 IPV 的明确危险因素[17]。考虑到二者的显著相关性，若一位患者被诊断了 IPV，医生应该常规筛查酒精和药物滥用，反之亦然。

**2.5 创伤后应激障碍** IPV 患者出现创伤后应激障碍发病率可高达 85%[18]。严重而频繁的身体暴力和性暴力甚至心理虐待都会加重创伤后应激障碍等症状。闯入性症状、心境和认知的负面改变、回避和唤醒状态、职业和社交能力下降等症状即便在 IPV 结束后多年后仍会发生。创伤后应激障碍还常与抑郁，药物滥用等情况相伴发生[19]。

**2.6 抑郁与自杀** 无论是身体还是精神的侵害都使 IPV 患者长期暴露于高压之下，使得患者更易出现心情低落、兴趣丧失、失眠、食欲改变及注意力难以集中等症状。遭受过 IPV 的妇女，其自杀倾向增加了 7 倍。在出现慢性疼痛症状的遭受过 IPV 的妇女中，有过自杀倾向的比例高达 31%[20]。与酒精和药物滥用相似，对于 IPV 患者也应当筛查抑郁。考虑到 IPV 的自杀倾向，笔者建议常规使用 PHQ-9 而非 PHQ-2 作为初始筛查工具。

**2.7 外伤** 急诊就诊的 IPV 患者中，头面部和颈部外伤最常见，胸腹部外伤次之，四肢外伤反而相对少见[21]。与意外事件相比，IPV 所致外伤更可能为多发伤。对于非车祸所致多发伤，医生应提高对于 IPV 的警惕性。另外，考虑到 IPV 患者往往长期反复遭受殴打，故查体时应重点评估多发外伤是否处于不同的愈合阶段[22]。

疾病综述一般会用似然比来评估症状体征对于该疾病的重要程度。但是以上提及的所有症状对于 IPV 来讲既不特异也不敏感，阳性似然比几乎必然小于 1，对于临床工作没有指导意义。与症状本身相比，从病史中发现的各种蹊跷之处更有帮助。例如，IPV 患者更易出现各种不相关的症状和体征，甚至症征不符，很难用一元论解释；IPV 患者往往会延迟就诊，又或者频繁取消就诊；IPV 患者往往症状反复，对症治疗效果欠佳，部分 IPV 患者就诊时，其家属会全程伴随并替患者回答各种问题。

## 3 识别

中国尚无任何指南来指导医生进行 IPV 的筛查。美国预防服务工作组 2018 年时推荐对于育龄期妇女应进行 IPV 的筛查，因为其主要危害发生在孕期和产后，该推荐为 B 级证据[23]。不过对于非育龄期妇女，该组织认为没有充足证据证明应当常规筛查 IPV。需要指出的是，国家指南是否推荐筛查某疾病既会考虑发病率、疾病危害、干预收益等疾病特点，也会权衡医保特别是商业保险利益、医疗资源可及性等社会经济因素。故指南不推荐筛查不一定等于不需要筛查，临床工作还是应当个体化评估患者情况后再做抉择。对于 IPV 验前概率显著增加的情况（出现了上文所涉及的各种临床表现），考虑到其显著危害，笔者建议放宽筛查指征。

**3.1 筛查准备** 当怀疑 IPV 并准备开始筛查前，医生需要确保诊室内只有患者本人。多数患者只有在隐私和安全受到保障的前提下，才会提供完整病史。如若患者家属不愿意离开诊室，则很考验医生的沟通技巧。首先建议在问诊前“设置日程”，告知患者和家属单独问诊属于常规流程的一部分，降低患者家属警惕性。其次可以在查体时要求患者家属离开诊室，并趁机询问病史细节。最后，如若患者家属仍不愿离开诊室，可考虑以“复查生命体征”等借口带患者到另一诊室问诊。

**3.2 问诊技巧** 问诊应从常规询问社交史开始，例如“在家庭生活如何啊？和家里人关系怎么样啊？”进而根据患者回答选择是否需要进一步询问细节，例如“在家里有没有觉得不安全的时候？你的伴侣会控制或限制你做任何事情吗？你的伴侣有没有伤害过你或威胁要伤害你？”如果患者说出了任何 IPV 的细节，医生则应进一步评估患者的安全情况，例如“你会担心自己和/或孩子的安全么？你的伴侣最近生活中有什么重要的变化么，比如最近失业、酗酒或吸毒？你最近遭受伤害的频率或程度是否增加了？你的伴侣有没有威胁要杀你？”

**3.3 筛查量表** 尽管没有任何量表被验证可以有效的筛查 IPV，筛查量表依然有着不可替代的优势。首先，对于经验尚浅的年轻医生，筛查量表可以引领问诊，避免漏掉重要的报警症状。其次，筛查量表可以标准化诊疗流程，利于随访对比以及后续科研。最重要的是，高敏感的筛查量表能够提高 IPV 的诊断率。常见的筛查量表总结如下。

SAFE 量表[24]。该量表包括 4 个问题，最早被用于评估家庭暴力，但并非针对 IPV 所开发。“你在和伴侣相处过程中感觉安全么？你是否曾被伴侣威胁或伤害？你的家庭和朋友是否知道你曾被伤害？如果发生紧急事件，你有安全的去处么？”

AAS 量表[25]。该量表通过 5 个问题来评估孕妇是否遭受过 IPV。“你是否遭受过伴侣的身体虐待？在过去的一年里，你是否被人打过、扇过、踢过或遭受过其他身体伤害？自从你怀孕以来，你是否被人打过、扇过、踢过或遭受过其他身体伤害？在过去的一年里，有没有人强迫你发生性行为？你是否害怕你的伴侣？”任意一个问题回答为“是”，即为阳性。

HITS 量表[26]。该量表包括 5 个问题，每个问题根据不同频率来打分，0-4 分分别代表“从不”，“偶尔”，“有时”，“经常”，“频繁”，总分数大于 10 分即为阳性。“在过去 1 年内，你的伴侣多频繁会对你进行躯体暴力？侮辱或言语攻击？威胁要伤害你？吼叫辱骂你？强迫你进行性行为？”

PVS 量表[27]。该量表常被应用于急诊以快速评估可能的 IPV。“在过去的一年中，你是否被人打过、踢过、或以其他方式伤害过？你和现在的伴侣一起生活感到安全吗？是否有任何之前的伴侣让你现在感到不安全？”

HARK 量表[28]。该量表的 4 个问题中，任意一个问题回答为“是”，即为阳性。“在过去的一年中，你被伴侣或前伴侣以任何方式羞辱或情感虐待过么？你害怕伴侣或前伴侣么？你被的伴侣或前伴侣强奸过么？你被伴侣或前伴侣殴打过么？”

STaT 量表[29]。该量表通过问卷调查 IPV 患者，从 43 个候选问题中选取了 ROC 曲线下面积最大的三个问题来评估 IPV。“你是否被伴侣推搡过或扇过耳光？你是否被伴侣威胁过要伤害你？你的伴侣是否会打砸破坏物品？”当评分为>/=1、>/=2 和 3 时，STaT 对 IPV 检测的敏感性分别问 96%，89%，64%；特异性分别为 75%，100%，100%。

WAST 量表[30]。该量表共 8 个问题，没有固定的阳性阈值。“你和伴侣关系紧张么？面对争吵，你和伴侣是否很难解决问题？你和伴侣的争吵是否让你感到很沮丧？争吵时你的伴侣会踢打推搡你么？你被伴侣的言行吓到过么？你被伴侣身体虐待过么？你被伴侣情感虐待过么？你被伴侣性虐待过么？”

根据美国预防服务工作组 2012 年的系统回顾，HITS, STaT, HARK 和 WAST 量表具有相对较好的特异性和敏感性[31]。而根据美国预防医学的系统回顾[31]，常见的筛查问卷中 HITS 敏感度为 30%-100%，特异度为 86%-99%；WAST 敏感度为 47%，特异度为 96%；PVS 敏感度为 35%-71%，特异度 80%-94%；AAS 敏感度为 93%-94%，特异度为 55%-99%。

笔者不推荐任何一个筛查量表，原因如下。1.所有常见的筛查量表都是基于小样本研究所得出，无论内部真实性还是外部真实性都有待进一步证实。2.所有筛查量表所谓的高敏感度和高特异度，都是在低质

量的研究中分别测算的，并没有通过高质量研究对比过。既不同量表的数据好坏很可能或至少不能排除是受研究方法学不同所致。3.所有筛查量表都没有在中国人群验证过其筛查效能，这些量表都是基于西方人群开发，尽管笔者在翻译的过程中尝试意译，也很难保证其通俗易懂。4.当没有官方背书所认可的统一量表时，推荐某一量表并不利于医生之间交流。5.使用任何量表都可能留痕，无论是纸质版本还是病历被家属发现都可能进一步危害患者安全。6.尚无任何研究评估任何一量表的假阳性率。

相比直接使用某一量表，理解量表背后逻辑，并将其融入问诊之中或许是当下更好的选择。综合各种量表，其核心问题主要为：有无身体和/或心理虐待以及有无安全威胁，前者对应了如何识别 IPV，而后者是 IPV 最需要处理的问题。

## 4 处理

**4.1 回应病人** 医生面对阳性的筛查结果，首先应该直接回应病人，目的在于展示同情和支持，向患者保证为其保密，并同时将其健康后果和 IPV 相联系。例如“谢谢你告诉我这些，直面问题是战胜 IPV 最好的开始；每个人都值得拥有一个安全的生活环境，我会替你保密并帮助你解决这些问题；IPV 是一个严重的问题，也很可能是导致你目前多种症状的原因。”

**4.2 评估安全** 评估安全的目的有两个，首先是判断患者今天回家是否安全。例如“你觉得今天回家安全么？如果不安全的话，你能找到朋友或其他家人那里暂住么？”。其次是帮助患者制定安全计划以应对随后可能到来的安全威胁。例如“你能提前规划好一个逃生路线么？如果你在家中被侵害，哪个房间相对安全？一般卫生间或卧室为单向出口不易逃跑，客厅则相对容易逃跑，厨房有刀而相对更危险。你能准备一个备用手机和一些钱么？你的重要证件在哪里，能提前偷出来或者复印一份么？能将这些重要物品放到房间外面的一个安全地方么？如果发生暴力，你能如何保护你的孩子？你有信任的朋友或家人可以帮你报警么？你有什么暗号可以告知你的朋友或家人你正遭受死亡威胁？

**4.3 转诊** 尽管在中国并没有明确的转诊机制来帮助 IPV 患者，某些科室还是能潜在帮助到病人。对于专科医生来讲，建议将患者转诊至全科。全科服务以人为中心、以家庭为单位、以社区为范围，能更便捷的做到“长期负责式照顾”。对于遭受 IPV 的所有患者，只要本人同意，都应转诊至心理科和/或精神科。根据我国反家庭暴力法[1]，对于 IPV 患者，医生有义务将患者情况汇报给居委会，村委会，街道办事处，妇联等机构。相关机构对既往 IPV 应做好问题调查和纠纷排解，对可能发生的 IPV 应做好备案和预防，对正在发生的 IPV 应及时制止并向当地公安机关报案。

**4.4 病历记录** 为避免家属复印病历，一定要嘱咐患者不要签署家属授权书，避免家属看到病历后进一步伤害患者。翔实的病历记录能够在法律上保护医患双方。如发生外伤，医生应记录受伤机制，详细描述伤情，必要时使用“身体地图”来标志所有受伤部位。如果病人同意，也可以拍照伤情后上传至病历系统。对于抑郁、自杀、创伤后应激障碍、物质滥用所进行的筛查表格，应复印后病历留存。病历中应记录已和患者讨论了安全计划，以保护医生。

**4.5 IPV 在中国** 尽管 IPV 在世界任何角落都是一个棘手的问题，在中国还是有一些特别的难处。首先，传统上中国人认为 IPV 是家庭纠纷而不是犯罪，而这种文化上的容忍又进一步加剧了 IPV 的危害。其次，中国即没有官方专业 IPV 救助机构可供医生转诊，也没有官方医疗指南指导医疗机构诊疗，从而导致了即便识别出 IPV 也无法帮到患者的困境。最重要的，尽管中国反家庭暴力法明确要求医生有义务识别和处理 IPV 并向公安机关报案，但实际上由于缺乏明确的报警标准和奖惩机制，医生会产生多一事不如少一事的侥幸心理从而不愿意主动报警并进一步帮助患者。

## 5. 全科医学在 IPV 诊疗中的作用。

**5.1 识别方面** IPV 发病隐蔽，所涉及的症状往往既不特异，也不局限于单一系统。除急性外伤以外很难在首诊时被识别。全科医生应该利用全科医学持续性和综合性的优势，从病史查体以及就诊模式的蹊跷之处中寻找可能的 IPV 线索。考虑到 IPV 的高发病率以及严重危害，全科医生应降低筛查 IPV 阈值。

**5.2 预防方面** IPV 与很多疾病互为因果。全科医学强调对于疾病的预防，在帮助患者管理酗酒，药物滥

用，焦虑抑郁等疾病时，其实也是在做 IPV 的一级预防，反之亦然。另外，全科医生可以向家庭的每个成员提供医疗照顾，如能提前发现 IPV 的危险因素，也能防微杜渐，将其控制在萌芽之中。

**5.3 处理方面** 全科医生签约患者后会长期同病人打交道，这种类似医疗管家的特点会增加病人信任，是帮助 IPV 患者的最佳角色。IPV 往往需要长时间的管理，以帮助患者远离威胁，逐渐走出心理阴影。而全科医学强调对患者"长期负责式照顾"，更利于引领 IPV 患者战胜暴力。全科医生还应做到医疗联系员的角色，充分利用可及的医疗资源，包括心理科、精神科、理疗科等，并在必要时协调利用社区内外其他资源共同帮助患者。

**5.4 法律方面** 全科医生应注意保护患者隐私，做到 1 对 1 就诊。病历既要翔实记录，更要谨慎保管，在保障患者利益的同时，避免激化矛盾。在面对正在发生的 IPV 以及患者有可能生命受到威胁时，应鼓励患者报警，寻求法律援助。

## 6 小结与展望

IPV 发病率高，危害大，在临床中不易被识别，且在中国尚无规范的处理方法。全科医生应当了解 IPV 常见的临床表现，善用筛查量表并适当降低筛查阈值以更好的识别 IPV。对已知的 IPV，全科医生应评估患者安全，及时转诊，并帮助患者寻求法律援助。我国应尽快制定官方诊疗指南，以明确医务工作者在 IPV 中的职责，从而更好的预防和制止 IPV。

**文献检索策略**：本文首先以("intimate partner violence"[MeSH Major Topic]) AND ((y_10[Filter]) AND (review[Filter]))在 PubMed 搜索作为主要参考文献。再以( "Intimate Partner Violence/diagnosis"[Majr] OR "Intimate Partner Violence/epidemiology"[Majr] OR "Intimate Partner Violence/prevention and control"[Majr] OR "Intimate Partner Violence/therapy"[Majr] )在 PubMed 搜索作为 IPV 识别和处理的文献补充。

作者贡献：赵梓翔、肖婧负责文献的收集和整理，撰写论文。丰艳负责文章的修订，英文的修订，并对文章的知识性内容作批判性审阅。姜岳负责文章质量的控制及审校，对文章整体负责监督管理。

本文无利益冲突。

## 参考文献

[1] 全国人大常委会法制工作委员会社会法室. 中华人民共和国反家庭暴力法解读[M]. 中国法制出版社, 2016.

[2] Ending violence against women. Popul Rep L. 1999;(11):1-43.

[3] Violence against women Prevalence Estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. WHO: Geneva, 2021

[4] Breiding MJ, Chen J, Black MC. Intimate partner violence in the United States –2010. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2014.

[5] Xiangxian, Wang, Gang, Fang, Hongtao, & Li. (2019). Gender-based violence and hegemonic masculinity in china: an analysis based on the quantitative research. China Population and Development Studies, 3(1), 84–97.

[6] Kourti A, Stavridou A, Panagouli E, et al. Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review [published online ahead of print, 2021 Aug 17]. Trauma Violence Abuse. 2021;15248380211038690. doi:10.1177/15248380211038690

[7] Sprague S, Goslings JC, Hogentoren C, et al. Prevalence of intimate partner violence across medical

and surgical health care settings: a systematic review. Violence Against Women. 2014;20(1):118-136. doi:10.1177/1077801213520574

[8] Coker AL, Davis KE, Arias I, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am J Prev Med. 2002;23(4):260-268. doi:10.1016/s0749-3797(02)00514-7

[9] Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet. 2002;359(9314):1331-1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8

[10] Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. J Pain. 2008;9(11):1049-1057. doi:10.1016/j.jpain.2008.06.009

[11] Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence-18 U.S. states/territories, 2005. Ann Epidemiol. 2008;18(7):538-544. doi:10.1016/j.annepidem.2008.02.005

[12] Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. Ann Intern Med. 1995;123(10):782-794. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00007

[13] Drossman DA, Leserman J, Nachman G, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. Ann Intern Med. 1990;113(11):828-833. doi:10.7326/0003-4819-113-11-828

[14] Sareen J, Pagura J, Grant B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States?. Gen Hosp Psychiatry. 2009;31(3):274-278. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.02.004

[15] McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med. 1995;123(10):737-746. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001

[16] Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. Arch Intern Med. 2009;169(18):1692-1697. doi:10.1001/archinternmed.2009.292

[17] Waller MW, Iritani BJ, Christ SL, et al. Relationships among alcohol outlet density, alcohol use, and intimate partner violence victimization among young women in the United States. J Interpers Violence. 2012;27(10):2062-2086. doi:10.1177/0886260511431435

[18] Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. J Interpers Violence. 2006;21(7):955-968. doi:10.1177/0886260506289178

[19] Gill JM, Szanton SL, Page GG. Biological underpinnings of health alterations in women with PTSD: a sex disparity [published correction appears in Biol Res Nurs. 2006 Apr;7(4):316]. Biol Res Nurs. 2005;7(1):44-54. doi:10.1177/1099800405276709

[20] Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. J Pain. 2008;9(11):1049-1057. doi:10.1016/j.jpain.2008.06.009

[21] Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. Trauma Violence Abuse. 2010;11(2):71-82. doi:10.1177/1524838010367503 [22] MacMillan HL, Kimber M, Stewart DE. Intimate Partner Violence: Recognizing and Responding Safely. JAMA. 2020;324(12):1201-1202. doi:10.1001/jama.2020.11322

[23] US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. JAMA. 2018;320(16):1678-1687. doi:10.1001/jama.2018.14741

[24] Ashur ML. Asking about domestic violence: SAFE questions. JAMA. 1993;269(18):2367.

[25] McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. JAMA. 1992;267(23):3176-3178. doi:10.1001/jama.267.23.3176

[26] Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. Fam Med. 1998;30(7):508-512.

[27] Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. JAMA. 1997;277(17):1357-1361.

[28] Sohal H, Eldridge S, Feder G. The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. BMC Fam Pract. 2007;8:49. Published 2007 Aug 29. doi:10.1186/1471-2296-8-49

[29] Paranjape A, Liebschutz J. STaT: a three-question screen for intimate partner violence. J Womens Health (Larchmt). 2003;12(3):233-239. doi:10.1089/154099903321667573

[30] Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. J Fam Pract. 2000;49(10):896-903. [31] Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. Ann Intern Med. 2012;156(11):796-282. doi:10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447

[32] Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. Am J Prev Med. 2009;36(5):439-445.e4. doi:10.1016/j.amepre.2009.01.024